

ANNEE 1937

THÈSE

N°

314

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

Léon-Eugène DRAUNET

Né le 25 Février 1910, à LA BERNERIE (Loire-Inférieure)

Ancien Interne des Hôpitaux de Nantes

COMPLICATIONS

DES

APPENDICES ÉPIPLOÏQUES

DANS LES HERNIES

Président : M. LENORMANT, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE LOUIS ARNETTE

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1937

116

ANNEE 1937

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

Léon-Eugène DRAUNET

Né le 25 Février 1910, à LA BERNERIE (Loire-Inférieure)

Ancien Interne des Hôpitaux de Nantes

COMPLICATIONS DES APPENDICES ÉPIPLOÏQUES DANS LES HERNIES

Président : M. LENORMANT, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE LOUIS ARNETTE

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1937

I. — Professeurs

	MM.
Anatomie	ROUVIERE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	POLONOVSKI.
Bactériologie	Robert DEBRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie médicale et générale	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	ABRAMI.
Pathologie chirurgicale	CHEVASSU
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TUJENEAU
Thérapeutique	HARVIER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAINEL.
	LAVASTINE
Pathologie expérimentale et comparée	FISSINGER
Hydrologie thérapeutique et climatologie	Maur. VILLARET
	LOEPER.
Clinique médicale	CARNOT.
	Marcel LABBE
	CLERC.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBOUTLET
Clinique des maladies des enfants	NOBECOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE
	CUNEO.
Clinique chirurgicale	GOSSET.
	GREGOIRE.
	LENORMANT
Clinique ophtalmologique	TERRIER.
Clinique urologique	MARION.
	BRINDEAU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	MOCQUOT
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBREDANNE
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMATRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL
Clinique propédeutique	SERGEANT.
Clinique de la Tuberculose	BEZANCON.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
Clinique cardiologie	LAUBRY.
	HOVELACQUE
Professeurs sans chaire	MULON.
	OLIVIER.
	VERNE.

II. — Agrégés en exercice

MM.	MM.
AMELINE.....	Pathologie chirurgicale.
BARIETY	Pathologie médicale.
BENARD Henri	Pathologie médicale.
BERNARD Et... ..	Pathologie médicale.
BESANCON (J.)	Hydrologie.
BOULIN	Pathologie médicale.
BULLIARD	Histologie.
CATHALA	Pathologie médicale.
CHEVALLIER	Pathologie médicale.
COSTE	Pathologie médicale.
DOGNON	Physique.
FEY	Urologie.
FUNK-	
BRENTANO	Pathologie chirurgicale.
GAILLIARD	Parasitologie.
GASTINEL	Bactériologie.
	DE GAUDART
	D'ALLAINES. Pathologie chirurgicale.
	DE GENNES... Pathologie médicale.
	GAYET
	GIROUD
	HAGUENAU ... Pathologie médicale.
	HALPHEN Oto-rhino-laryngologie
	HAZARD
	HUGUENIN Anatomie pathologique
	JOANNON Hygiène.
	LACOMME Obstétrique.
	LANTUEJOL... Obstétrique.
	LAROCHE Guy. Pathologie médicale
	LELONG



MM.

LEMAIRE Pathologie expérimentale.
 LEVEUF Pathologie chirurgicale.
 LEVY (M^{re} J) .. Pharmacologie.
 LEVY-VALENSI. Neurologie et Psychiatrie.
 MENEGAUX .. Pathologie chirurgicale.
 MOLLARET ... Pathologie médicale.
 MOREAU Pathologie médicale.
 MOULONGUET. Pathologie chirurgicale.
 MOUQUIN Pathologie médicale.
 OBERLING Anatomie pathologique.
 PETIT
 DUTAILLIS. Pathologie chirurgicale

MM.

PIEDELIEVRE. Médecine légale
 PORTES Obstétrique.
 RENARD (L.). Ophtalmologie.
 RICHET Physiologie.
 SANNIE Chimie biologique.
 SENEQUE Pathologie chirurgicale
 TROISIERS Pathologie expérimentale
 TURPIN Pathologie médicale.
 VIGNES Obstétrique.
 WILMOTH Pathologie chirurgicale

III. — Agrégés rappelés à l'exercice pour le service des examens

MM.

ALGLAVE Pathologie chirurgicale.
 BUSQUET Pharmacologie.
 CHAILLEY-
 BERT Physiologie
 GUENIOT Obstétrique

MM.

LARDENNOIS.... Pathologie chirurgicale.
 LEROUX Anatomie pathologique
 NEVEU-
 LEMAIRE ... Parasitologie
 PHILIBERT ... Bactériologie.
 VAUDESCAL.... Obstétrique.

IV — Agrégés chargés de cours de clinique annexé à titre permanent

MM.

ALAJOUANINE. }
 AUBERTIN }
 BRULÉ }
 CHABROL }
 CHIRAY }
 DONZELOT }
 DUVOIR }
 LIAN }
 PASTEUR }
 VALLEY-RADOT }
 WEZART }

Clinique médicale

MM.

BASSET }
 BROcq }
 CADENAT }
 GATELLIER }
 HEITZ-BOYER. ... }
 MOURE }
 QUENU }
 SCHWARTZ }
 VELTER }
 ECALLE }
 LE LORIER }
 LEVY-SOLAL ... }
 METZGER }

Clinique chirurgicale

Clinique obstétricale

V. — Chargés de cours

MM.

CHAILLEY-BERT, agrégé. Education physique
 LEDOUX-LEBARD Radiologie clinique
 PHILIBERT, agrégé.. .. Microbiologie.
 RUPPE Stomatologie.
 WEIL-HALLÉ Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation



Digitized by the Internet Archive
in 2026

A LA MEMOIRE DE MON PERE

A MA MERE

A MA FEMME

A MES BEAUX-PARENTS

A Monsieur le Professeur LENORMANT

Professeur à la Faculté de Médecine de Paris
Chirurgien des Hôpitaux
Officier de la Légion d'honneur

*Qui a bien voulu nous faire le grand
honneur d'accepter la présidence de cette
thèse.*

*Nous tenons à lui en exprimer toute
notre gratitude.*

A Monsieur le Docteur FAVREUL

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris
Professeur de clinique chirurgicale
Chirurgien-chef des Hôpitaux de Nantes

*Qui m'a inspiré cette thèse et guidé de
ses conseils.*

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

Stage

Monsieur le Professeur Léon SOURDILLE

(in memoriam)

Monsieur le Docteur DUVERGER.

Externat

Messieurs les Docteurs JAN-K'GUISTEL et DURBIN.

Monsieur le Docteur GOURDET *(in memoriam)*.

Monsieur le Professeur FAVREUL.

Madame le Docteur POUZIN-MALEGUE.

Monsieur le Professeur BRELET.

Monsieur le Professeur Gustave BUREAU.

Internat

Monsieur le Docteur DUVERGER.

Monsieur le Docteur LE MEIGNEN (*in memoriam*).

Monsieur le Professeur LEROUX.

A MES MAITRES

MM. les Docteurs POUMIER, GUILLON, ARONDEL,
MIRAILLE, BARON, PICHAT, BIANCHI, JAROUSSE
MOISNARD, COLAS.

A MES MAITRES DE L'ECOLE DE MEDECINE

A MES CAMARADES D'INTERNAT

INTRODUCTION

Les appendices épiploïques des côlons accompagnant l'anse sigmoïde dans un sac herniaire sont d'observation courante. Ils peuvent s'y engager seuls et être alors le siège de lésions habituelles des hernies épiploïques, ou être à l'origine d'accidents spéciaux qui, presque toujours, simulent l'étranglement herniaire. A l'intervention, ils constituent une particularité inattendue.

A l'occasion de quelques faits recueillis dans le service de notre Maître, M. le Professeur Favreul, nous désirerions attirer à nouveau l'attention sur l'éventualité de ces accidents. Nous appuyant sur trois cas inédits, et nous aidant des observations que nous avons pu recueillir, nous voudrions tracer une étude d'ensemble des complications des appendices épiploïques dans les sacs herniaires dont la symptomatologie est essentiellement trompeuse. Nous voudrions montrer que ces accidents d'apparence sérieuse par le masque qu'ils empruntent, sont d'un traitement qui met fin, à peu de frais, aux accidents et que la constatation d'une simple frange suffit parfois à expliquer l'ensemble des symptômes observés.

Nous insisterons surtout sur le tableau clinique;

au préalable nous esquisserons l'historique de la question. L'anatomie de ces formations graisseuses ayant été bien précisée par Robinson, Patel, puis récemment par Meillère, il nous apparaît inutile d'y revenir, nous ne ferions que reproduire ce qu'ont écrit ces différents auteurs.

HISTORIQUE

La hernie des appendices épiploïques est connue depuis Cruveilhier, qui donnait cette éventualité comme preuve de leur grande longueur possible. Malgaigne apporte un fait où dans une hernie crurale observée chez un vieillard de 69 ans, la frange épiploïque faisait croire par ses dimensions à une épiplocèle.

Les premiers cas connus de complications des appendices épiploïques intra-herniaires sont dus à Riedel qui, en 1905, rapporte deux observations de torsion intra-herniaire et signale la possibilité d'autres accidents : étranglements, corps étrangers. La même année, Lorenz publie un fait du même ordre. Von Bruns (1906) fait connaître l'étranglement de l'appendice épiploïque.

Plusieurs observations sont signalées : Muscatello, Mohr, Hervé, Schweinberg, et en 1907, Vuilliet (de Lausanne) publie le premier travail d'ensemble français sur le rôle des appendices épiploïques dans les hernies. La même année, Kruger apporte un cas de hernie des franges épiploïques du cæcum, le seul authentique que l'on connaisse.

Kendirdjy et Séjournet, à propos d'un fait person-

nel font une étude d'ensemble, rassemblent 11 cas (1910), apportent des documents nouveaux. En 1911, Patel (de Lyon), groupe 21 cas de torsion et d'étranglement et il décrit deux nouvelles complications : l'occlusion intestinale par coudure de l'anse et la diverticulite. Il inspire sur ces sujets les thèses de ses élèves, Macherel (1912), Bichard (1913).

Patel revient sur cette question en 1923, apportant une nouvelle observation. Avec Mallet-Guy, il fait en 1924 une mise au point des complications des franges épiploïques dans les sacs de hernies.

En 1919, nous relevons la contribution de Hunt.

Depuis, nous trouvons les observations de Oudard et Coureaud (1929), de Desjacques et Colas (1935).

ETIOLOGIE

Les appendices épiploïques que l'on rencontre sur tout le gros intestin (dont ils constituent, outre son gros volume, ses bandelettes longitudinales, ses bosselures, l'un des caractères différentiels), sont rares dans la moitié droite du côlon, au contraire nombreux et bien développés sur la moitié gauche, en particulier au niveau du côlon sigmoïde pour disparaître à peu près totalement au niveau du rectum.

Aussi la presque totalité des observations a-t-elle trait à des *appendices épiploïques sigmoïdiens*. Sur la totalité des observations que nous avons groupées, une seule concerne de façon précise un appendice épiploïque du cæcum. Elle est due à Kruger qui a trouvé dans une hernie inguinale droite une torsion d'un séro-appendice long de 4 centimètres, large de 1 centimètre et demi inséré par un court pédicule sur le cæcum lui-même engagé dans le trajet inguinal. Une autre observation a été rapportée par Tisserand, mais elle n'est pas convaincante, car elle concerne une hernie inguinale gauche, ce qui s'accorde mal avec une origine cæcale et d'autre part, l'auteur ne donne aucune constatation précise.

Il faut aussi noter que les appendices sigmoïdes

sont insérés sur une anse mobile et située au voisinage des orifices herniaires gauches.

Toutes les autres observations mentionnent l'insertion de l'appendice sur le côlon sigmoïde, soit dans 34 observations sur 36 que nous avons pu colliger.

Le trajet herniaire, siège des complications est le plus souvent le canal inguinal gauche. Sur les 36 observations que nous rapportons, 21 fois il s'agit d'un canal inguinal gauche. Puis viennent :

le canal crural gauche 9 fois.

le canal inguinal droit 4.

le canal crural droit 2.

ces deux derniers sont dus à Linkenfeld et à Patel.

Habituellement, il s'agit d'une petite hernie, quel que soit le type de la hernie, sauf si en même temps que l'appendice épiploïque, il se trouve d'autres organes (épiploons, anses grêles).

Les deux tiers des cas ont trait à des hernies inguinales (25/36), étant la plus grande fréquence des hernies inguinales chez l'homme, on comprend que le plus grand nombre de nos observations concernent des hommes.

Dans l'ensemble des 36 cas rassemblés, nous trouvons 20 hommes contre 16 femmes.

En ce qui regarde les hernies inguinales, nous comptons 22 hommes et 3 femmes.

Toutes les hernies crurales ont été observées chez la femme, sauf 3 (8/3).

La plus jeune des malades (Riedel) a 20 ans, la plus âgée 83 ans (Colas) entre ces deux extrêmes, les âges

intermédiaires sont retrouvés. Mais c'est à partir de 40 ans que les cas les plus nombreux sont signalés : (de 40 à 60 et 60 à 80 et plus, presque les 5/6 des cas), ce qui correspond d'une part à l'âge du plus grand développement des appendices et d'autre part on sait qu'avec l'âge, le côlon iliaque tend à se rapprocher de l'arcade crurale, dont chez l'adulte, il reste éloigné de 5 à 6 cm.

Il s'agit fréquemment de sujets forts, gras et parfois obèses (Mohr, Hunt, Favreul). On sait que les appendices épiploïques sont particulièrement volumineux chez les sujets adipeux).

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Les appendices épiploïques peuvent s'engager isolément dans le trajet herniaire et être uniques, c'est la majorité des observations. Dans un certain nombre, on a relevé la présence de 2 ou même 3 appendices.

(Mohr, Schweinberg, Linkenfeld).

Desjacques en a trouvé 4.

Les appendices peuvent entraîner le côlon sigmoïde et l'amener au sac. Ils peuvent être accompagnés de l'intestin (Lwenz, Desjacques, Colas), ou du grand épiploon (Muscatello, Linkenfeld, Smoler) et dans ces cas, ils risquent de ne pas être remarqués.

Les appendices nettement pédiculés s'incarcèreraient plus aisément que ceux ayant le type lamellaire à large base d'implantation, mais la striction au collet, la stase vasculaire, amènent la formation d'un pédicule qui tranche par sa gracilité sur le volume parfois considérable de l'extrémité distale de l'appendice. Il importe de remarquer que le volume de l'appendice incarcerated est souvent sans rapport avec l'étroitesse du collet qu'il a dû franchir; les lésions dues à la stase vasculaire en sont sans doute responsables, ainsi que l'ancienneté des hernies.

Les appendices présentent parfois des aspects cu-

rieux. Patel a vu sur l'une de ses pièces opératoires d'étranglement d'un séro-appendice, la partie flottante formée par du tissu graisseux, séparée en minces lamelles ouvragées, donnant à l'ensemble la forme d'un éventail à demi-ouvert.

On a décrit des aspects en « crête de coq » (Rochet). Desjacques compare les appendices épiploïques qu'il a enlevés à des champignons appelés Alavain, en raison de leur forme aplatie et festonnante et de leur bord extrêmement frangé.

Certains appendices ont des dimensions extraordinaires, ils mesurent 10 cm. dans les cas de Servé, de Kruger et jusqu'à 15 cm. comme l'a vu Linkenfeld.

Du fait de la torsion ou de l'étranglement, l'appendice hernie va changer de couleur : il prend une teinte cyanique, s'accompagnant d'un certain degré de turgescence. Ces modifications de coloration sont variables, parfois, on trouve des taches ecchymotiques disséminées, d'autres fois on ne voit que des troubles circulatoires à la périphérie de l'organe ; les bords des appendices épiploïques sont brunâtres dans le cas de Desjacques.

A l'ouverture du sac, presque toujours il s'écoule *du liquide, toujours en petite quantité* (de quelques c.c. à quelques cuillerées à soupe) due sans doute à la faible vascularisation de ces petits prolongements graisseux ; sa teinte va du liquide séro-hématique au liquide séro-purulent.

Par suite d'une striction trop intense ou comme conséquence de la nécrobiose dans la torsion, le pédi-

cule de l'appendice peut se rompre et celui-ci devient libre dans le sac herniaire, formant un corps étranger. Il suffit de rappeler la présence possible d'un diverticule dans la base de l'appendice épiploïque pour prévoir les accidents que cette rupture amènerait.

Un appendice étranglé ou tordu est susceptible de résolution partielle, mais alors il se forme des adhérences qui le fixent au sac, donnant lieu à une hernie irréductible et douloureuse.

Ces adhérences peuvent amener par traction sur le côlon sigmoïde une coudure avec occlusion intestinale.

A l'intervention, plusieurs auteurs ont noté l'œdème des plans sous-cutanés et une infiltration du cordon et du scrotum qui a pu en imposer pour une adénite dans le cas de Servé.

En outre, presque tous les comptes rendus opératoires notent l'épaississement du sac.

ÉTUDE CLINIQUE

Les complications que l'on peut voir au niveau des appendices hernies sont au nombre de cinq. Ce sont :

- *l'étranglement simple,*
- *la torsion intra-herniaire.*

Dans ces deux éventualités, la rupture du pédicule peut amener la formation de *corps étrangers intra-sacculaires*, à moins que les accidents n'ayant pas été aussi loin, provoquent la formation d'adhérences des appendices au sac, pouvant *amener la coudure de l'S iliaque*.

Les appendices épiploïques peuvent cacher un diverticule de la cavité intestinale; on peut voir les conséquences d'une telle disposition : *la diverticulite herniaire*.

Nous envisagerons successivement ces différentes éventualités.

L'étranglement simple

Comme l'épiploon, les franges peuvent s'étrangler au niveau du collet d'un sac herniaire. C'est un fait assez fréquent. Nous avons relevé vingt-deux observations, dont l'analyse montre qu'il s'agit le plus

souvent d'une hernie ancienne, bien tolérée, qui brusquement s'étrangle.

Exceptionnellement, l'étranglement de l'appendice épiploïque en est la première manifestation.

Les appendices sont libres dans le sac herniaire et ils étaient au nombre de 2 et même 3 dans plus de la moitié des cas (12/22).

En face d'un tel malade, la première impression est qu'il s'agit d'une hernie étranglée banale. Seuls quelques symptômes pourraient aiguiller vers la striction de l'appendice épiploïque, il n'y a pas de vomissements, le cours des matières n'est pas suspendu, en tout cas, l'émission des gaz se fait.

Nous ne retrouvons cet arrêt du cours intestinal que dans les observations d'Arnaud, Rochet et Colas.

Dans un cas seulement, celui d'Arnaud, on note des épisodes antérieurs, sous forme de crises de sub-occlusion (la hernie a tendance à s'engouer).

Dans le cas dû à notre Maître Favreul, l'intensité des douleurs avait retenu l'attention.

La torsion intra-herniaire

La torsion intra-herniaire se présente cliniquement de la même façon que l'étranglement : un syndrome d'étranglement herniaire.

Anatomiquement, il est souvent difficile de départager ce qui est dû à la torsion et à l'étranglement.

Dans certains cas, l'étranglement existe seul. Il est d'autres cas, plus rares, où la torsion est évidente ; enfin, sur quelques pièces de torsion on a pu

voir un sillon plus ou moins net d'étranglement. Ce dernier aspect est sans doute secondaire à la torsion. Celle-ci débutant, il se fait des phénomènes de stase vasculaire amenant l'œdème du pédicule qui s'étrangle sur le collet du sac.

L'appendice tordu est souvent très long. Le degré de torsion est variable. Si on a pu compter jusqu'à 10 tours, le plus habituellement le pédicule ne décrit qu'un tour sur lui-même.

La hernie est toujours une vieille hernie et la complication ne revêt pas d'emblée une allure aiguë. On retrouve fréquemment dans les antécédents des crises douloureuses que l'on peut interpréter comme des accidents avortés de torsion tant qu'ils permettent les échanges vasculaires, si faibles soient-ils, l'épisode aigu est toléré et progressivement, il se fait une adaptation aux nouvelles conditions vasculaires; et à l'occasion d'une nouvelle torsion, ces mauvaises conditions vasculaires ne permettent pas la nutrition de l'appendice.

Dans quelques cas, ces torsions antérieures, si elles n'ont pas provoqué des phénomènes douloureux, donnent leur signature par l'existence d'adhérences anciennes au sac.

Une adhérence, évidemment partielle, joue certainement un rôle favorisant dans la torsion et dans les observations de torsion intra-herniaire, il est fréquent de constater des adhérences, à la différence de l'étranglement, apanage des appendices libres.

Un autre caractère distinctif, c'est que l'appendice

tordu est souvent solitaire, s'il en existe plusieurs, un seul est tordu (Muscatello, Colas). On trouve parfois dans le sac d'autres organes : l'épiploon dans les cas de Muscatello, de Linkenfield, de Smoler (et chez ce dernier, l'épiploon a subi une torsion d'un tour complet), des anses grêles (Lorenz).

La symptomatologie de la torsion intra-herniaire est celle de l'étranglement simple. Dans les deux cas, on note l'infiltration à caractère inflammatoire des tétons péri-sacculaires (Servé, Patel, Kendirdjy et Séjournet).

On a plus de chance de faire le diagnostic de torsion intra-herniaire plutôt que celui d'étranglement, l'existence des crises douloureuses antérieures pourrait orienter vers la première éventualité. D'ordinaire le diagnostic est épiplocèle étranglée. Mais nombreuses sont les observations qui ne comportent que le diagnostic de hernie étranglée sans préciser l'organe en cause.

Corps étrangers intra-sacculaires

L'étranglement et la torsion intra-herniaires des appendices peuvent avoir comme conséquences la formation de corps étrangers intra-sacculaires. Sous ces influences, le pédicule s'amincit, se sphacèle et finalement il se produit une rupture libérant l'appendice épiploïque de son attache intestinale. La vascularisation de ces appendices détachés se fait à la faveur d'adhérences au sac antérieures, à la rupture du pédicule.

Riedel, Mohr, Vulliet ont rapporté des exemples de corps étrangers intra-sacculaires, provenant des appendices épiploïques.

Il s'agit d'une trouvaille opératoire, il est rare qu'ils donnent lieu à des symptômes, même peu marqués.

Coudure de l'iliaque par adhérence des appendices épiploïques

Nous avons déjà noté le rôle des adhérences dans la torsion intra-herniaire; nous avons vu leur importance pour la production des corps étrangers intra-sacculaires. Une autre complication peut être due à des appendices adhérents, c'est la coudure accentuée de l'anse sur laquelle ils s'insèrent, l'exposant ainsi à l'occlusion. Muscatello avait montré le mécanisme de cette complication, mais dans l'observation qu'il rapporte, il existe deux appendices intra-herniaires, dont l'un adhérent et tordu, et une adhérence du sigmoïde au collet du sac.

Patel a publié un fait d'occlusion aiguë par coudure de l'anse, en l'absence de tout phénomène d'étranglement. A l'examen, on percevait dans la fosse iliaque gauche une tumeur diffuse, qui se précise le lendemain, acquérant la forme d'une petite mandarine. Le diagnostic est sténose de l'S iliaque probablement néoplasique. A l'intervention, on suit une bride serrée qui coude et attire fermant le sigmoïde sur la partie inférieure de l'abdomen. Cette bride s'enfonce dans l'anneau crural, d'où le doigt parvient à la dégager :

il s'agit d'un appendice épiploïque très long qui croissait en écharpe la paroi intestinale et formait une sténose serrée par coudure et adhérence. Hunt a rapporté un fait analogue.

Diverticulite herniaire

Les appendices épiploïques masquent souvent des diverticules de la cavité intestinale. Plusieurs auteurs qui ont traité des complications des séro-appendices dans les sacs herniaires, ont vu sur leurs pièces de résection un véritable diverticule (Patel) ou à l'autopsie, retrouvé cachés par les appendices épiploïques, plusieurs diverticules du gros intestin.

Patel a apporté une observation établissant de façon indiscutable la diverticulite herniaire, distincte de l'engouement et de l'étranglement, distincte aussi de la péritonite qui peut en être la conséquence.

Intervenant chez un homme de 75 ans, qui, au deuxième jour d'une pneumonie se met à souffrir d'une hernie inguinale ancienne, tendue, irréductible et douloureuse, Patel, qui a fait le diagnostic de hernie étranglée, malgré l'œdème et la rougeur des téguments permettant d'envisager une complication infectieuse, trouve un sac de pus mal lié, fétide, et à la partie supérieure, plaqué contre l'orifice herniaire, le côlon pelvien recouvert de fausses membranes et présentant un appendice épiploïque gangrené par place.

Stialée a publié un fait analogue, mais dans son cas,

le sigmoïde était incarcerated dans la hernie. Dans sa thèse récente, (Paris 1935), consacrée aux diverticules du côlon, Pierre-Paul Prat ne rapporte aucun fait nouveau sur la diverticulite herniaire.

DIAGNOSTIC

Le diagnostic de hernie des appendices en dehors de toute complication, n'est pas aisé ; on pourra y penser en face d'une hernie ancienne, de petit volume, ayant été le siège de phénomènes douloureux, qui se sont répétés à plusieurs reprises. La hernie est incomplètement réductible dans l'intervalle des crises douloureuses, on pense plutôt à une épiplocèle adhérente.

D'ordinaire, la hernie des appendices épiploïques compliquée, se présente comme une hernie étranglée, douleur, irréductibilité, consistance kystique, pas ou peu de signes d'arrêt du transit intestinal, le diagnostic porté est celui d'épiplocèle étranglée.

Dans le cas d'occlusion par coudure de l'anse sigmoïde par appendice adhérent dans le sac, le diagnostic pourrait être envisagé, si on y pensait, par la vérification des orifices herniaires gauches.

Au cas de coudure seulement, les phénomènes aigus rétrocedent, l'examen radiographique après lavement baryté montrerait la fixation et la coudure intestinale au voisinage de l'orifice herniaire.

La sygmoïdite herniaire ne peut être qu'une découverte opératoire.

A l'intervention, l'appendice est aisé à reconnaître, il est facile à distinguer de la graisse vésicale et de l'épiploon ; son insertion au côlon enlève tous les doutes.

TRAITEMENT

La réduction dans l'abdomen du séro-appendice, tordu, étranglé ou adhérent, ne peut être retenue. Bien qu'elle ait été faite sans incident par Rochet, cette ligne de conduite n'est pas recommandable.

Le volume souvent insolite, les attirations dont l'appendice épiploïque est le siège, font préférer la résection, celle-ci sera faite après ligature du pédicule habituellement filiforme, au ras du côlon. On pourra cautériser au moyen du thermocautère dans la crainte d'avoir ouvert un diverticule évidemment septique. Un enfouissement sera pratiqué en utilisant au besoin comme étoffe, les franges épiploïques voisines.

S'il n'y a pas d'indice d'infection, on terminera par la cure radicale de la hernie.

Cette intervention, hors les cas de sigmoïdite herniaire, donne d'excellents résultats; les malades qui ont succombé dans les suites opératoires sont morts du fait d'affections concomitantes.

OBSERVATIONS

OBS. I (résumée) RIEDEL.

Femme de 56 ans, porteuse depuis plusieurs années d'une hernie inguinale droite et d'une hernie crurale gauche non douloureuse. Deux jours auparavant, la malade en vaquant à ses occupations, ressent une assez vive douleur à l'aîne gauche et s'alite.

A l'examen, on trouve : à droite, une hernie inguinale parfaitement réductible, à gauche, au-dessous de l'arcade de Fallope, une tumeur ayant le volume d'une noix, irréductible, de consistance dure, et presque insensible à la pression.

L'opération montre dans le sac, un appendice épiploïque tordu une fois sur son axe et adhérent par son extrémité distale. Il est long de un centimètre, épais de 2 millimètres et de coloration jaunâtre. Il a subi un commencement de nécrose et se trouve appendu à un pédicule vasculaire. Ligature de ce pédicule et ablation du séro-appendice. Cure radicale. Guérison.

OBS. II (résumée) RIEDEL.

Femme de 20 ans, qui présente du côté gauche

depuis deux ans, une hernie crurale réductible, et du côté droit depuis 15 mois une hernie crurale irrédactable.

La veille de son entrée, dans l'après-midi, la malade avait ressenti une douleur abdominale violente, en même temps que sa hernie gauche était devenue tendue et sensible, et que toute émission de gaz était arrêtée. Dans la soirée, sous l'influence d'une injection de morphine, la hernie s'était réduite spontanément.

L'opération pratiquée à deux heures de l'après-midi, montre dans le sac herniaire gauche, outre une faible quantité de liquide, un petit corps étranger graisseux, long de un cm. et épais de 5 mm., suspendu à la paroi du sac par un mince pédicule de fibrine fraîche. Résection du sac et cure radicale.

A droite, gros lipome propéritonéal et sac déshabité. Cure radicale. Guérison.

OBS. III (Résumée) LORENZ.

Femme de 33 ans, assez grasse, atteinte d'une hernie étranglée de la grande lèvre droite, s'accompagnant de malaise général, de douleurs dans le ventre et d'arrêt des matières et des gaz.

L'opération montra dans le sac herniaire et au milieu des anses intestinales, une bride mince et tendue, longue de 6 cm., partie du méso-sigmoïde et insérée sur le collet du sac, autour de laquelle un appendice épiploïque du gros intestin était tordu de 360° et étranglé. Sur le péritoine pariétal et viscéral.

se trouvaient de minces dépôts de fibrine. Au niveau du séro-appendice tordu on voyait des suffusions sanguines sous-péritonéales. Le pédicule, au point d'étranglement, présentait un début de sphacèle. Résection de la bride et de l'appendice épiploïque. Cure radicale. Guérison.

OBS. IV (Résumée) Von BRUNS.

Femme de 55 ans, ne se connaissant pas de hernie, et souffrant depuis quatre jours dans la région inguinale gauche et dans le bas-ventre. Un médecin appelé constate une hernie étranglée et essaie, sans succès, de la réduire.

A l'examen, on trouve dans la région inguinale, une hernie grosse comme un œuf de poule et recouverte d'une peau rouge et œdémateuse. Il n'y a pas de vomissements et le ventre n'est pas ballonné, mais la malade n'a pas été à la garde-robe.

A l'opération pratiquée d'urgence, on trouve un sac herniaire rempli de liquide et contenant une formation graisseuse, que l'on reconnaît, après élargissement du collet du sac, être un appendice épiploïque. Celui-ci adhère par sa base à l'intestin voisin, qui était légèrement attiré ; il présentait un aspect gangréneux. Ablation du séro-appendice, refoulement du côlon. Cure radicale. Guérison.

OBS. V (Résumée) MUSCATELLO.

Femme âgée de 56 ans, ne se sachant pas porteuse

d'hernie. Deux jours avant son admission et sans cause apparente, elle avait ressenti dans la région de l'aîne gauche, une douleur violente, bientôt irradiée à tout l'abdomen. Elle n'avait pas vomi et n'avait pas présenté d'arrêt des matières et des gaz. Quarante heures après le début des accidents, elle est envoyée à l'hôpital avec le diagnostic de hernie crurale étranglée.

A son arrivée, on constate un état général parfait, avec température et pouls à peu près normaux. Le ventre n'est pas ballonné. Dans la région crurale gauche, se trouve une tuméfaction du volume d'un œuf de poule, tendue et résistante, très douloureuse à la pression, non réductible et ne subissant pas d'impulsion à la toux.

On porte alors le diagnostic d'une hernie crurale épiploïque étranglée et on procède à l'opération sous anesthésie locale par cocaïne-adrénaline. On arrive sur un sac entouré de masses graisseuses. Dans le sac un peu de liquide citrin et deux corps ronds et allongés, ayant l'un 2 cm., l'autre 1 cm. 1/2 de longueur, et présentant l'aspect habituel des appendices épiploïques, appendus par deux fins pédicules à l'anse sigmoïde. Ces deux pédicules ne présentent aucune trace de torsion. Ablation des appendices. Résection du sac et cure radicale. Guérison.

OBS. VI (Résumée) MUSCATELLO.

Homme âgé de 32 ans, cultivateur. Six mois aupa-

ravant, il avait ressenti un jour brusquement une douleur violente dans l'aîne gauche. Cette douleur avait disparu depuis un mois. Le malade avait, en outre, remarqué l'apparition d'une petite tumeur qui avait augmenté progressivement de volume.

Après examen, on porte le diagnostic de hernie inguino-scrotale entero-épiploïque et l'on procède à la cure radicale.

A l'ouverture du sac, on trouve l'épiploon dont un fragment est reséqué. On découvre ensuite un appendice épiploïque adhérent à la partie postérieure du collet du sac et tordu sur lui-même, la torsion siègeait environ à 5 mm. de l'insertion du séro-appendice sur le côlon. Un autre séro-appendice, celui-là libre, se trouvait attaché à 5 mm. au-dessous du collet du sac. D'autre part, le côlon sigmoïde lui-même adhérait à ce collet sur une étendue de 3 cm. Ablation des appendices épiploïques et cure radicale. Guérison.

OBS. VII (Résumée) MOHR.

Homme obèse, âgé de 62 ans, qui s'était aperçu trois ou quatre ans auparavant de la présence d'une petite tumeur indolente dans sa région inguinale gauche, tumeur parfaitement réductible.

Il y a dix jours, sous l'influence d'un effort, la tumeur devint tout-à-coup irréductible.

A l'examen, on porte le diagnostic d'Épiplocèle étranglée et l'on décide d'opérer séance tenante. Dans

le sac, on trouve insérée sur la paroi postérieure une masse grasseuse vermiforme, remplie de matière à son extrémité libre et présentant dans son épaisseur des suffusions hémorragiques. A côté, il y avait deux autres appendices épiploïques insérés sur l'anse sigmoïde, qui étaient également étranglés au niveau du collet du sac et en éminence de sphacèle. Ablation des trois séro-appendices. Cure radicale. Guérison.

OBS. VIII (Résumée) KRUGER.

Homme quelque peu obèse, de 56 ans. Vingt ans auparavant, il avait souffert pendant quelques semaines dans son aîne droite. Il y a deux ans, la douleur revint pour disparaître peu de temps après. Quatre jours avant l'admission, il y avait eu une troisième crise, avec irradiations douloureuses du côté de l'urètre et de l'ombilic.

A l'examen, on trouve une masse de consistance ferme dans le canal inguinal droit et l'on porte le diagnostic d'épiplocèle étranglée.

L'opération montre dans le sac un appendice épiploïque, long de 4 cm., large de 1 cm. 1/2 et inséré par un court pédicule sur le cæcum qui se trouvait lui-même dans le trajet inguinal. Le séro-appendice s'était tordu sur lui-même. Ligature et ablation du séro-appendice. Cure radicale. Guérison.

OBS. IX (Résumée) SERVE.

Homme très robuste, porteur depuis dix ans d'une

hernie inguinale gauche ayant le volume d'un œuf de poule, n'occasionnant aucune gêne et parfaitement réductible, avec gargouillement.

En faisant un grand effort, le malade qui exerce la profession de boulanger, ressent au niveau de sa hernie une douleur violente, qui l'oblige à interrompre son travail. Deux jours plus tard, on constate dans la partie gauche du scrotum une infiltration inflammatoire recouvrant une masse du volume d'un œuf de poule. Le ventre est légèrement ballonné, mais le malade rend librement des gaz et son état général est satisfaisant. Le diagnostic posé est hernie étranglée.

A l'ouverture du sac, il s'échappe quelques centimètres cubes d'un liquide séreux trouble. Le sac contient un appendice épiploïque long de 10 cm. du volume d'une petite noix, et tordu sur lui-même de 360°. Ligature et excision de l'appendice. Cure radicale. Guérison.

OBS. X (Résumée) VULLIET.

Homme de 62 ans, fort, gras, porteur de deux hernies inguinales depuis une vingtaine d'années, petites, sortant à peine de l'orifice inguinal externe.

Il ressent, sans avoir fait d'effort spécial, une douleur sourde dans la région inguinale gauche. Deux jours plus tard, on constate dans cette région, la présence d'un cordon très douloureux, le lendemain, la tumeur a augmenté de volume, elle est tendue, élastique, de dimension d'un œuf, se prolongeant par un

pédicule assez étroit du côté de la cavité abdominale. Pas de vomissements. Ventre un peu ballonné et douloureux, mais émission de gaz le matin.

A l'opération, sac entouré d'un gros lipome œdématisé à sa partie inférieure ; il contient deux appendices épiploïques à extrémité inférieure en massue, adipeuse, bleuâtre, mais non adhérente aux parois ; deux pédicules fins, libres, s'enfoncent dans l'abdomen jusqu'à l'S iliaque que l'on sent libre au-dessus du trajet inguinal. Dans une sorte de niche latérale du sac (très épaissi) on trouve une masse noirâtre de la grosseur d'une noisette, sans aucun pédicule. Résection des appendices. Cure radicale. Guérison.

OBS. XI (Résumée) KENDIRJY et SEJOURNET.

Homme de 43 ans, porteur depuis une dizaine d'années d'une hernie inguinale gauche, incomplètement réductible. Depuis quinze jours, douleur au niveau du scrotum.

Arrêt des gaz depuis vingt-quatre heures.

A l'examen, masse oblongue dont l'extrémité inférieure pénétrait dans la racine du scrotum. A son niveau, la peau avait une coloration rosée et l'ensemble présentait un aspect légèrement inflammatoire. La pression sur la tumeur était légèrement douloureuse et la percussion décelait de la matité. Ventre un peu ballonné. Pas de vomissements. Etat général excellent. Le diagnostic qui s'impose est celui de hernie inguinale étranglée.

A l'intervention, sac de forme cylindrique, de consistance molle et pâteuse, à son ouverture il s'échappe quelques cuillerées à café d'un liquide citrin, inodore. A l'intérieur, on découvre une masse graisseuse, jaunâtre, d'aspect lardacé avec, çà et là, des plaques ecchymotiques. En poursuivant l'ouverture du sac et en libérant le pédicule de la masse graisseuse, on amène l'S iliaque absolument mobile. On reconnaît alors qu'il existe deux pédicules dont l'un beaucoup plus mince que l'autre. Celui-ci présentait un sillon d'étranglement circulaire qui le partageait en deux portions : une inférieure faisant partie de la masse étranglée, l'autre supérieure intra-abdominale et d'aspect normal et s'insérant sur une bandelette de l'S iliaque. Il s'agissait d'un séro-appendice étranglé et tordu. La torsion étant multiple : le gros pédicule était tordu d'un demi-tour sur lui-même et chacune des deux moitiés de cet énorme appendice l'était aussi au niveau de son pédicule secondaire de presque un tour complet. Résection. Cure radicale. Guérison.

OBS. XII (Résumée) VERGA.

Femme de 46 ans, porteuse d'une hernie crurale gauche depuis vingt ans. Pendant la période menstruelle, elle devenait un peu volumineuse et douloureuse. Depuis douze jours, elle est irréductible et douloureuse avec irradiations à l'épigastre. Pas de vomissements ni de météorisme abdominal. A l'ouverture du sac, on voit deux petits corps graisseux,

adossés, se continuant par un pédicule passant à travers le collet dans la cavité abdominale. En faisant une légère traction, on amène le côlon sigmoïde sur lequel s'insérerait le pédicule. On reconnaît qu'il s'agit d'un appendice épiploïque. Au niveau de l'étranglement, coloration bleuâtre.

OBS. XIII (Résumée) SCHWEINBERG.

Homme de 45 ans. Hernie inguinale gauche réductible. Depuis vingt-quatre heures, irréductibilité et douleur. Etat général très satisfaisant. A la palpation, on a la sensation d'un cordon dur. A l'intervention : trois appendices épiploïques étranglés avec infiltration hémorragique.

OBS. XIV (Résumée) LINKENFELD.

Femme de 27 ans, n'ayant jamais eu de hernie. Il y a huit jours, apparition d'une tuméfaction de la région crurale droite, très douloureuse avec conservation de la fonction intestinale. Après ouverture du sac, apparaît un appendice épiploïque du volume d'une noisette, très étranglé au niveau du collet et très adhérent. Dilatation du collet. Ablation.

OBS. XV (Résumée) LINKENFELD.

Homme de 71 ans ayant une hernie inguinale gauche. Etranglement depuis deux jours sans signes douloureux. Tumeur molle et indolente. A l'incision du

sac, trois appendices épiploïques de différents volumes, épaissis, irréguliers, infiltrés de sang. Etranglement serré à la partie supérieure. Résection. Mort deux jours après par rupture d'un anévrisme de l'artère iliaque gauche.

A l'autopsie, on trouve les appendices épiploïques du côlon descendant très développés. Plusieurs d'entre eux présentaient du côté de la paroi intestinale un orifice qui admettait facilement l'index. Le plus long appendice mesurait 15 cm.. En outre, un autre appendice épiploïque avait une couleur cyanique bleu-rouge, avec infiltration hémorragique et cependant, il n'avait pas été étranglé dans le sac herniaire.

OBS. XVI (Résumée) LINKENFELD.

Homme de 54 ans, porteur d'une hernie inguinale gauche. Depuis huit jours, tumeur douloureuse, irréductible, sans troubles intestinaux.

A l'incision, sac avec lipome intra-herniaire, attaché à un cordon tordu plongeant dans la cavité abdominale. Mort par hémorragie d'un ulcère gastrique.

A l'autopsie, on trouve sur l'anse sigmoïde des appendices épiploïques ; l'un d'eux portait la trace d'une ligature. A l'examen du sac, on vit deux pédicules, dont l'un était épiploïque et l'autre appartenait à un appendice épiploïque. Primitivement il avait eu une hernie épiploïque dont le pédicule s'était progressivement étiré.

OBS. XVII (Résumée) TRUKI.

Femme de 45 ans. Hernie crurale gauche, du volume d'une noix, parallèle à l'arcade crurale. Quelques troubles intestinaux et quelques douleurs dans la fosse iliaque gauche. Depuis vingt-quatre heures, tuméfaction irréductible et douloureuse.

A l'examen, hernie crurale, très pédiculée du côté de l'abdomen. On porte le diagnostic d'épiplocèle.

A l'intervention, par l'ouverture du sac, il s'écoule un liquide rouge brun. Le sac ouvert, apparition de deux petits corps graisseux, en forme d'amande, adossés l'un à l'autre et réunis par un pédicule qui se dirige vers l'abdomen. Ils ont une longueur de 2 cm. 1/2 et sont parsemés de points hémorragiques; ils présentent un étranglement manifeste, avec sillon violacé ; leur surface est granuleuse et œdémateuse en plusieurs points.

OBS. XVIII (Résumée) TRUKI.

Homme de 75 ans, qui présente une hernie inguinale double depuis l'âge de 40 ans. La hernie gauche était toujours un peu plus douloureuse et progressivement elle devient plus volumineuse avec irradiation à l'ombilic.

A l'intervention, les éléments du cordon sont isolés avec difficulté. Liquide limpide dans le sac. On reconnaît alors deux appendices épiploïques adossés l'un à l'autre, avec un pédicule présentant une coloration bleuâtre au niveau de l'étranglement.

OBS. XIX (Résumée) ADLER.

Homme de 72 ans. Hernie inguinale gauche étranglée ; il souffrait de cette hernie depuis vingt ans. Tumeur du volume d'un œuf. Pas de vomissements. A l'opération, sac œdémateux, à son intérieur, appendice épiploïque tourné dix fois sur lui-même. Ligature. Section. Guérison.

OBS. XX (Résumée) ARNAUD.

Homme de 71 ans. Hernie inguinale gauche, de date ancienne, qui avait tendance à s'engouer. Vient à l'hôpital pour des accidents d'occlusion mal déterminés, ayant débuté il y a trois ou quatre jours, auparavant quelques vomissements. Ventre un peu ballonnée. Péristaltisme net, et il semble qu'on sente dans la fosse iliaque gauche une masse probablement constituée par l'S iliaque. Diagnostic : Occlusion d'origine indéterminée. Intervention d'urgence. Sac herniaire volumineux. A l'ouverture, appendice terminé par une frange graisseuse. Le sac débridé permet d'attirer l'S iliaque sur lequel l'appendice était fixé ; celui-ci portait à sa base, au niveau du collet du sac, un sillon de stricture. Résection. Cure radicale. Guérison.

Pièce opératoire : appendice épiploïque mince, étiré, 6 cm. de longueur.

OBS. XXI (Résumée) PATEL.

Homme de 45 ans, porteur depuis vingt-cinq ans

d'une hernie inguinale gauche, contenue par un bandage. Pendant douze jours, gêne progressive et depuis trois jours, douleur vive. Hernie augmentée de volume (petit œuf), tendue irréductible, très sensible. Œdème des plans superficiels du scrotum. Matité. Quelques vomissements. Pas de météorisme, une selle il y a deux jours.

Opération : Liquide séro-purulent (un quart de verre) frange grasseuse mobile, évasée à sa terminaison, portée par un pédicule qui va s'amincissant sur l'anneau. On pense à une frange épiploïque, l'anneau incisé, on attire la face convexe de l'S iliaque à laquelle elle était fixée ; on en constate d'autres tout aussi développées dans le voisinage. Résection. Cure radicale. Guérison.

Pièce opératoire : Appendice épiploïque volumineux, 6 à 7 cm. de longueur. Pédicule mince portant un anneau d'étranglement très serré. La partie flottante est formée par du tissu graisseux, séparé en minces lamelles ouvragées, donnant à l'ensemble la forme d'un éventail à demi-ouvert. L'extrémité du pédicule présente une petite lanière conduisant dans un canal de quelques millimètres de large et qui était ainsi relié à la lumière intestinale.

OBS. XXII (Résumée) SMOLER.

Homme de 37 ans. Hernie inguinale droite. Nausées et faiblesse depuis quelques jours. Hernie irréductible. Sac herniaire contenant de l'épiploon décoloré et

rougeâtre, et ayant subi une torsion de 360° . A côté, cordon gros comme le doigt, long de 2 cm., qui paraît être un appendice sigmoïde et qui fut retrouvé à l'autopsie.

OBS. XXIII (Résumée) TISSERAND.

Homme de 36 ans, porteur depuis sa naissance d'une hernie inguinale gauche. Depuis un an, de temps en temps, irréductibilité douloureuse passagère. Depuis seize heures, douleur locale avec quelques nausées, pas de vomissements.

Opération : Deux appendices épiploïques dans le sac herniaire. L'un est sain, l'autre tuméfié, ecchymotique, en voie de devenir gangréneux par strangulation. Origine probable : cæcum.

OBS. XXIV (Résumée) PATEL.

Homme de 75 ans. Ancienne et volumineuse hernie inguinale gauche qui se met, au deuxième jour d'une pneumonie, à augmenter de volume et devenir tendue, irréductible et douloureuse.

Au quatrième jour : Météorisme, vomissements, mauvais état général. La hernie est mate, sauf au niveau du pédicule, où il existe une zone transversale sonore. Œdème et rougeur des téguments permettant de songer à une complication infectieuse. Mais le diagnostic est hernie étranglée.

Opération sous anesthésie locale. Sac épais. Un grand verre de pus mal lié, fétide, rappelant celui de

l'appendicite. A la partie supérieure, plaqué contre l'orifice herniaire, ainsi obturé exactement, le côlon pelvien visible par sa face convexe, recouvert de fausses membranes purulentes, non adhérentes, sauf en un point où elles englobent un appendice épiploïque volumineux, congestionné, gangrené par places et prêt à se désinsérer. L'intestin n'est pas perforé, mais présente autour un liseré rouge. Toutes proportions gardées, on aurait dit un appendice iléo-cæcal gangrené.

Libération facile de l'anse en se reportant en dehors du sac et en faisant la mobilisation sous-péritonéale. L'S iliaque apparaît un peu coudé mais non étranglé, au niveau de l'anneau. Résection du sac. Drainage. Mort au troisième jour.

OBS. XXV (Résumée) PATEL.

Homme vigoureux de 59 ans. Entré pour occlusion intestinale. Porteur depuis huit ans d'une hernie crurale gauche irréductible. Il y a six mois, douleur assez vive dans la fosse iliaque gauche, diarrhée assez abondante, signes persistants pendant une semaine, sans fièvre, mais avec un état nauséeux. Cet épisode se reproduit plusieurs fois, avec comme signes nouveaux : méloena et hématomèse. La crise évolue depuis huit jours et semble se résoudre, lorsque, subitement, météorisme intense, vomissements alimentaires et bilieux répétés, arrêt des selles et des gaz ; 37°5, bref, le syndrome d'occlusion aiguë. On

sent nettement dans la fosse iliaque gauche une tuméfaction diffuse qui se précise même le lendemain, acquérant la forme d'une petite mandarine. Toucher rectal négatif. Hernie crurale irréductible. Diagnostic : sténose de l'S iliaque probablement néoplasique.

Incision latérale gauche : sérosité à l'ouverture du péritoine, hernie dans la plaie de l'S iliaque très distendu. En le suivant on atteint une bride serrée qui le coude et l'attire fortement sur la partie inférieure de l'abdomen. Cette bride va dans l'anneau crural où le doigt arrive à la dégager ; il s'agit d'un appendice épiploïque très long, qui croisait en écharpe la paroi intestinale et formait une sténose très serrée par coudure et adhérence de l'intestin. Résection après ligature. Suites opératoires simples. Noter que l'S iliaque était pourvu d'appendices épiploïques démesurément longs.

OBS. XXVI (Résumée) HUNT.

Homme de 63 ans. Obèse, qui avait vu apparaître, il y a neuf mois, une hernie inguinale gauche. On sentait à l'examen une masse perceptible à l'anneau profond, nettement distincte de la hernie. L'examen radioscopique reste négatif, on ne trouve pas à l'opération trace de la tumeur qui provenait apparemment de la fixation de l'anse sigmoïde à l'anneau herniaire ; mais dans le sac une grosse masse incarceration d'épiploon, qui allait se nécroser et des appendices épiploïques de l'anneau sigmoïde séparés de lui par des adhérences. Résection.

OBS. XXVII (Résumée) HUNT.

Homme de 51 ans. Hernie inguinale gauche. Douleurs à l'effort depuis une semaine. Quelques nausées. Hernie irréductible et ferme.

A l'intervention : appendice incarcerated de l'anse sigmoïde.

OBS. XXVIII. (PATEL).

Homme de 39 ans. Hernie crurale droite datant d'un mois, non douloureuse. Réduction très difficile.

A l'opération, on constate la présence d'une frange grasseuse que l'on reconnaît appartenir au gros intestin.

OBS. XXIX (Résumée) PATEL et MALLET-GUY

Femme de 50 ans. Hernie crurale gauche découverte, il y a douze jours, par la malade qui depuis souffre de l'abdomen et dans la racine de la cuisse. Elle s'alite. Pas de signes abdominaux. Hernie irréductible.

Opération : Sac à parois épaisses. Contenu hémorragique. Au fond du sac, et formant bouchon, deux petites franges épiploïques qui, attirées à l'extérieur, après débridement du collet, se montrent être des appendices épiploïques de l'S iliaque. Ablation. Cure radicale. Guérison.

Les appendices globuleux ont un pédicule court présentant déjà un sillon d'étranglement. Ils mesu-

rent 3 cm. de long et 2 cm. de large chacun. On ne constate pas de lumière diverticulaire à leur intérieur.

OBS. XXX ROCHET.

Homme de 41 ans. Hernie inguinale gauche, d'autant de sept ans, bien tolérée, bandage. Irréductibilité au cours d'un effort, il y a deux jours. Arrêt complet des matières. Légère diminution des gaz. Pas de vomissements. Bon état général. Hernie douloureuse, irréductible. Œdème de la moitié gauche scrotum. Varicocèle gauche.

A l'opération : cordon très œdémateux, sac distendu à parois assez épaisses, contenant du liquide roussâtre, d'odeur nauséabonde et au milieu une frange épiploïque libre, longue de 10 cm., large de 2 cm., à bords frangés en crête de coq, d'un rouge vineux. Sillon d'étranglement de coloration rouge, siégeant à l'insertion même du pédicule (dimension d'une pièce de 0 fr. 50) sur l'S iliaque qui, attiré à l'anneau profond, semble ainsi pincé latéralement. Section du collet. Réintégration de la frange. On note l'existence de nombreuses franges épiploïques sur l'S iliaque et présentant des dimensions analogues. Cure radicale. Guérison.

OBS. XXXI (Résumée) OUDARD et COUREAUD.

Homme de 65 ans, envoyé à l'hôpital avec le diagnostic de kyste volumineux du cordon. A la suite d'un effort, il y a vingt jours, il aurait constaté une tumé-

faction de la région inguinale. Cette tumeur aurait grossi progressivement, serait devenue dure, sans jamais être douloureuse.

Examen : Au niveau de l'aîne gauche, tumeur du volume d'un poing d'enfant, siégeant dans le canal inguinal, dure, lisse, non réductible, à peine douloureuse à la pression. Pas de vomissements, pas d'arrêt des gaz et des matières. A droite : pointe de hernie inguinale. Diagnostic : épiplocèle étranglée probable.

A l'intervention, sous rachi-anesthésie : la tumeur siège au milieu des éléments du cordon et s'engage profondément dans le canal inguinal. Hernio-laparotomie pour découvrir le péritoine libre. Chez ce malade obèse, un appendice épiploïque en voie de sphacèle, pénètre dans le sac. Section à sa base. Résection du sac épaissi et infiltré. Cure radicale. Phlébite du membre inférieur droit dans les suites opératoires.

OBS. XXXII (Résumée) OUDARD et COUREAUD.

Homme de 68 ans. S'est aperçu depuis dix jours, et à la suite d'un effort, d'une tuméfaction de la région inguinale gauche.

Depuis trois jours, la tumeur a beaucoup augmenté, consistance dure, douloureuse.

A l'examen : Tuméfaction de l'aîne gauche, des dimensions d'un gros œuf de poule, dure, lisse, à peine douloureuse, irréductible, occupant le canal inguinal, dont elle dépasse un peu l'orifice externe. **Aucun**

symptôme d'occlusion. Diagnostic : épiplocèle étranglée. Rachianesthésie : tumeur herniaire de coloration « lie de vin » située au dedans du cordon (hernie directe). On constate qu'un appendice épiploïque implanté sur l'anse sigmoïde s'engage dans le sac. Ligature de la frange près de son insertion. Section du péritoine en collerette, autour de l'orifice interne de l'étranglement et fermeture du péritoine. Libération du sac, contenant et contenu, sans l'ouvrir, sac épais, œdématé, infiltré de suffusions sanguines, renfermant un gros appendice épiploïque sphacélé.

Suites opératoires normales (diabète traité par l'insuline).

OBS. XXXIII (Résumée) DESJACQUES et COLAS.

Homme de 78 ans, porteur d'une hernie inguinale gauche très mal maintenue par un bandage. Depuis quarante-huit heures signes d'étranglement. Tumeur herniaire du volume d'un œuf, très dure et très tendue.

Intervention sous rachianesthésie : Anse grêle étranglée, légèrement cyanique, sans tendance à la gangrène. Faible quantité de liquide dans le sac. Après débridement du collet du sac, on réintègre l'anse grêle dans la cavité abdominale et l'on constate à ce moment la présence dans le sac de franges graisseuses pédiculées qu'on peut étirer et étaler en éventail ; elles appartiennent manifestement à l'S iliaque et sont au nombre de 4, distantes de quelques

centimètres les unes des autres. Forme aplatie, festonnante, à bord extrêmement frangé, rappelant l'aspect des champignons désignés sous le nom de Clavaire. Dimensions et couleurs ne sont pas identiques dans les quatre cas.

La plus volumineuse une fois étalée en éventail, atteint la surface d'une petite paume de main, on y distingue nettement les vaisseaux nourriciers, les bords sont brunâtres, traduisant les troubles circulatoires consécutifs à l'étranglement. Un autre appendice, beaucoup moins large, mais plus long (7 à 8 cm.) présente un aspect analogue. Les deux derniers sont plats, triangulaires, mais plus petits et plus trapus, ils sont jaunes comme l'épiploon, sans traces de troubles circulatoires macroscopiques.

Ligature des appendices au niveau de leur pédicule. Cure radicale de la hernie.

OBS. XXXIV (Inédite) Prof. FAVREUL.

Homme de 58 ans, obèse, envoyé pour hernie crurale gauche, étranglée.

Violentes douleurs dans la région crurale gauche. Pas de vomissements. Pas d'arrêt des matières ni des gaz.

Hernie crurale gauche de petit volume, peu tendue, mais excessivement douloureuse.

Intervention d'urgence (15 mai 1936). Pas de liquide dans le sac herniaire. On découvre une frange épiploïque dont on arrive à voir l'insertion sur le sig-

moïde. Longue de 8 cm., elle est aplatie et présente une teinte rouge foncé. Section après ligature.

Cure radicale de la hernie.

Guérison.

OBS. XXXV (Inédite) Docteur Jean COLAS

Pierre B., 69 ans, cultivateur. Admis à l'Hôtel-Dieu le 25 mai 1935, à dix-sept heures, avec le diagnostic de hernie inguinale gauche étranglée. Il s'agit d'une hernie ancienne (on ne peut en faire la date d'apparition), bien tolérée jusqu'alors.

Le début des accidents remonte à la veille. Brusquement, le malade a ressenti une douleur vive dans sa hernie et depuis ce moment, il n'a pas cessé de souffrir. Il n'a pas vomi, mais il existe un arrêt absolu des matières et des gaz qui s'est installé sitôt l'apparition de la douleur.

La hernie est tendue, douloureuse dans son ensemble.

Le malade, légèrement obèse, présente un excellent état général.

On intervient d'urgence, sous anesthésie locale avec le diagnostic de hernie inguinale étranglée.

Incision habituelle de hernie inguinale, les plans sous-cutanés sont œdématiés. A l'ouverture du sac épaissi, il s'écoule quelques cuillerées à soupe de liquide séro-hématique et on découvre un gros appendice œdémateux, succulent, aplati, légèrement en massue, mesurant en largeur 1 cm. à sa base et 1 cm. 5

à son extrémité distale, en longueur 6 cm. Le collet herniaire débridé, on reconnaît que cet appendice s'insère sur le côlon sigmoïde qu'il semble amarrer à l'orifice interne du canal inguinal et qu'il présente au niveau du collet un sillon net d'étranglement. Derrière cet appendice récliné on trouve un cordon rouge vineux, ayant un demi-centimètre de diamètre, tordu sur toute sa hauteur et dont l'aspect rappelle celui d'un cordage. On voit qu'il s'insère sur le sigmoïde en dedans et un peu en arrière de l'autre frange. On l'extériorise et on amène, par son intermédiaire, venant du fond du sac, une masse uniforme, rouge foncé et on a tout à fait l'impression d'un fruit appendu à son pédicule. On trouve une dizaine de tours de torsion sur le pédicule long de 8 cm.

Après ligature, section des deux appendices, à leur base, au thermocautère.

Cure radicale de la hernie. Guérison sans incidents.

OBS. XXXVI (Inédite) Docteur Jean COLAS.

Elisabeth G., 83 ans, est envoyée à l'Hôtel-Dieu, le 26 août, vers 17 h. 30, pour hernie crurale gauche étranglée. La hernie est apparue il y a dix-huit mois.

Le 23 août, dans la matinée : douleur brutale dans la région de l'aîne gauche, arrêt des gaz, mais des vomissements. Hernie du volume d'un petit œuf, douloureuse surtout au niveau de son collet.

Femme en bonne santé habituelle.

Intervention sous anesthésie locale. Incision paral-

lèle à l'arcade crurale. On traverse du tissu cellulaire sous-cutané fortement chargé en graisse. Le sac ouvert, il s'écoule une petite quantité de liquide hémattique. On trouve une frange épiploïque de forme triangulaire ,avec des bords déchiquetés, rappelant l'aspect d'une crête de coq; elle a un aspect ecchymottique, vers sa base on voit un sillon d'étranglement, et on reconnaît son insertion sur le sigmoïde.

Derrière cette frange, on voit une anse grêle qui, après débridement, revient rapidement.

Résection de la frange épiploïque, étalée elle mesure 5 cm., de long, 1 cm. à sa base et 4 cm. à son extrémité libre.

Cure radicale de la hernie (soie de Chaput) suites opératoires excellentes (lever précoce).

CONCLUSIONS

1. Les appendices épiploïques peuvent se rencontrer dans les sacs de hernie comme unique contenu et ils peuvent donner lieu à des accidents variés.

2. Il s'agit presque toujours d'appendices insérés sur le côlon sigmoïde. Les hernies sont, en général, à gauche, plus souvent inguinales que crurales.

3. Les complications des appendices épiploïques intra-herniaires sont : l'étranglement, la torsion, les corps étrangers intrasacculaires, l'adhérence dans le sac, amenant la coudure et l'occlusion du sigmoïde, la perforation dans le sac herniaire d'un diverticule du côlon masqué par une frange épiploïque.

Les deux premières complications prenant dans la hernie étranglée banale. Les autres sont des découvertes opératoires.

4. Le traitement est simple : il suffit de faire la section après ligature de l'appendice à sa base, en songeant qu'un diverticule du côlon peut s'engager dans l'insertion de l'appendice épiploïque.

Vu :

LE DOYEN,
ROUSSY.

Vu :

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE
LENORMANT.

Vu et permis d'imprimer :

LE RECTEUR DE L'ACADÉMIE DE PARIS,
S. CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

On trouvera la bibliographie dans les travaux de PATEL (de Lyon), et en particulier PATEL et MALLET-GUY. Les appendices épiploïques et leurs complications. *Lyon Chirurgical*, t. XXI, mai-juin 1924, p. 287, 308.

Depuis ce travail, nous avons relevé :

PATEL. — *Traité de chirurgie de Le Dentu et Delbet*, t. XXIX. Hernies (Baillière, éditeur, 1924).

LOUDARD et COUREAUD. — *Lyon chirurgical*, t. XXVI, 1929, p. 701-704.

DESJACQUES et COLAS. — *Lyon Médical*, 1935, t. CLVII, p. 620.

BECHET André. — Etude des torsions des franges épiploïques du côlon. (*Thèse Paris*, 1935, Librairie Arnette).

PRAT Pierre-Paul. — Le diverticule du côlon. (*Thèse Paris*, 1935, Librairie Arnette).



BOSC FRÈRES, M. & L. RIOU

°° °° °° IMPRIMEURS-ÉDITEURS °° °° °°

°° 42, QUAI GAILLETON, 42 °°

°° °° °° °° LYON °° °° °° °°



